



## Rapport médical concernant la mobilité réduite

### Requérant

Nom, prénom : .....

Date de naissance : .....

Rue : .....

NPA et lieu de domicile : .....

- 1) Genre de handicap moteur selon le point 3 de la directive de la Commission intercantonale de la circulation routière (CICR)

***Le handicap moteur se manifeste par le fait que la personne handicapée ne peut, de manière permanente ou pour une période temporaire d'au moins six mois, se déplacer à pied que sur une distance ne dépassant pas 200 mètres environ, soit avec des moyens auxiliaires spéciaux, soit en étant accompagnée. Il s'agit là d'une mobilité réduite dont la cause peut être imputable à l'appareil moteur des jambes (handicap direct) ou au système respiratoire ou sanguin (handicap indirect).***

Genre du handicap .....

Moyens auxiliaires utilisés :  Fauteuil roulant  Rollator (« Tintebin »)  Béquille(s)

- 2) Le handicap est :

- passager  
 évolutif / s'aggravant  
 permanent / symptômes constants

Durée minimum du handicap .....

- 3) Remarques :

.....  
.....  
.....

Lieu et date

Cachet / signature du médecin

.....

**L'exigence d'un examen par un médecin-conseil reste réservée**